

# キャリアアップ 助成金

## 短時間労働者労働時間 延長支援コース

厚生労働省  
都道府県労働局  
ハローワーク（公共職業安定所）  
令和8年4月1日現在

拡充

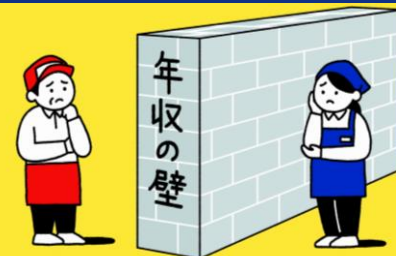
# 年収の壁対策

## 労働者1人につき最大75万円助成します！

### 年収の壁対策の取り組みを行うことで、

労働者にとっては、「年収の壁」を意識せず働くことができ、社会保険に加入することで、**処遇改善につながる！**

事業主の皆さまにおいては、**人手不足の解消に！**



・政府広報オンライン「年収の壁・支援強化パッケージ」を加工して作成

## 「短時間労働者労働時間延長支援コース」を活用しませんか？

労働者を新たに社会保険に加入させるとともに、収入増加の取り組みを行った事業主に助成します。

【1年目の取組】

要件		1人当たり助成額		
週所定労働時間の延長	賃金の増額	小規模企業	中小企業	大企業
5時間以上	—	<b>50万円</b>	<b>40万円</b>	<b>30万円</b>
4時間以上5時間未満	5%以上			
3時間以上4時間未満	10%以上			
2時間以上3時間未満	15%以上			

複数年かけて週所定労働時間の延長等に取り組み、社会保険に加入する場合も対象

※小規模企業とは、常時雇用する労働者の数が30人以下である事業主を指します。

【2年目の取組】

要件		1人当たり助成額		
週所定労働時間の延長	賃金の増額	小規模企業	中小企業	大企業
労働時間を更に2時間以上延長	—	<b>25万円</b>	<b>20万円</b>	<b>15万円</b>
—	基本給を更に5%以上増加または昇給、賞与もしくは退職金制度の適用			

社会保険加入時点の取り組み内容（1年目）と2年目の取り組み実施後（2年目）で比較

### 注意点

対象となる労働者は、社会保険の加入日の6か月前の日以前から継続して雇用され、社会保険の加入要件を満たさない条件で就業していた者になります。

### 手続き

・助成金を受けるには、事前※に**キャリアアップ計画書**を都道府県労働局へ提出してください。

※本コースの場合、社会保険加入日の前日まで（令和8年10月1日加入の場合、同年9月30日まで）

・**取り組みを6か月間継続した後、2か月以内に支給申請してください。**

ただし、旧「社会保険適用時処遇改善コース」の計画届を提出している場合は、**本コースの計画届・変更届の提出は必要ありません。**

## 旧) 社会保険適用時処遇改善コースからの切替申請ができます

社会保険適用時処遇改善コース（併用メニュー等）の取り組みを進めていても、**本コースの要件を充足**する場合、切り替えての申請が可能です。

令和7年7月1日

(旧コース) 併用メニュー等の取り組み

▲ 計画届

▲ 支給申請  
(本コース)

### 切替対象

社会保険適用時処遇改善コースの併用メニュー等を利用していましたが、同時に新コースの要件を満たしている場合には、**本コースでの申請が可能！**

# 対象となる労働者をチェックしましょう！

雇用している短時間労働者の中に、新たに社会保険の被保険者の要件※<sup>1</sup>を満たす方はいますか。

はい

その労働者は、以下の①、②の両方に該当する方ですか。

- ① 社会保険加入日の6か月前の日以前から継続して雇用されている。
- ② 社会保険加入日から過去2年以内に同事業所で社会保険に加入していなかった。

はい

その労働者に対して、以下の①、②のいずれかの取組を行うことができますか。

- ① 社会保険加入日前1か月以内に、週所定労働時間を一定時間延長※<sup>2</sup>し、新たに社会保険に加入させる。
- ② 社会保険加入日から2か月以内に、週所定労働時間を一定時間延長※<sup>2</sup>する。

はい

**短時間労働者労働時間延長支援コース  
が利用可能です。**

いいえ

いいえ

いいえ

支給要件には該当しません

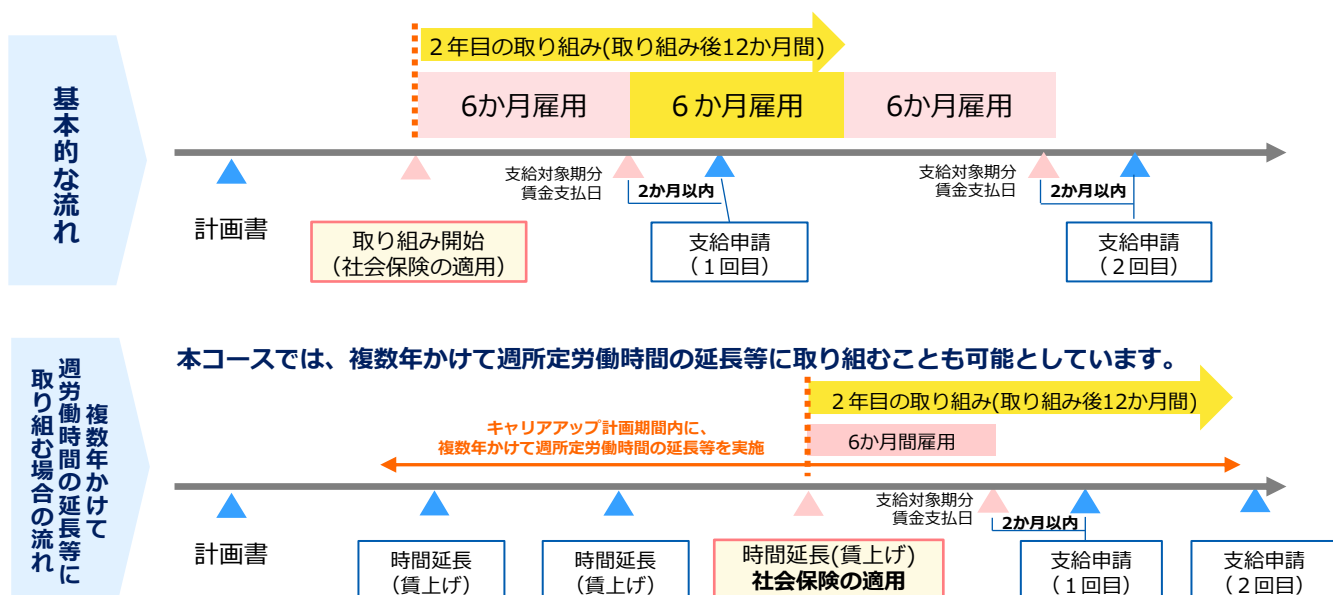
※1 社会保険の被保険者の要件は、以下のいずれかを満たす必要があります。

- ・ その事業所で働くフルタイム従業員の週の所定労働時間及び月の所定労働日数が3/4以上であること。
- ・ **従業員51人以上の企業等**は、週の所定労働時間が**20時間以上**かつ所定内賃金が**月額8.8万円以上**であること。（学生を除く）  
従業員50人以下の企業等は、労使合意により、短時間労働者の方が社会保険に加入する事業所になることが可能です。  
（注）従業員数は**厚生年金の適用対象者**（フルタイム従業員、週の所定労働時間及び月の所定労働日数がフルタイム従業員の3/4以上の者）の合計です。

※2 前頁の支給要件をご覧ください。

## 申請手続き

- **コース実施の前日**までに、**キャリアアップ計画書**を作成し、管轄労働局へ提出してください。（旧「社会保険適用時処遇改善コース」の計画書を提出している場合は提出の必要はありません。）
- **支給申請**は、支給対象期分の賃金を支給した日の翌日から起算して2か月以内に支給申請書を提出してください。



# 対象となる労働者について

次の**いずれにも**該当する労働者であること。

- 週所定労働時間を延長等した日または新たに社会保険の被保険者とした日のいずれか早い方の日の前日から起算して6か月前の日から継続して、支給対象事業主に雇用されている有期雇用労働者等
- ① ただし、複数年かけて週所定労働時間の延長等を行う場合は、週所定労働時間の延長等をした最初の日の前日から起算して6か月前の日から継続して、支給対象事業主に雇用されている有期雇用労働者等
- 新たに社会保険の適用を受ける日の前日から起算して1か月前の日から3か月が経過するまでの間に、週所定労働時間の5時間以上の延長※<sup>1</sup>または2時間以上5時間未満の延長および基本給の増額※<sup>2</sup>が講じられ（左記取組を複数年かけて行う場合も含む※<sup>3</sup>）、新たに社会保険の被保険者要件を満たすこととなった労働者
- ② ただし、2年目の取組を行う場合は、第1期支給対象期における週所定労働時間の延長等後から第2期支給対象期の開始日までに、次のいずれかの措置を講じられた労働者
- a 2時間以上の週所定労働時間の延長の措置※<sup>4</sup>
  - b 基本給を5%以上増額※<sup>4</sup>
  - c 昇給、賞与もしくは退職金制度のいずれかの制度の新たな適用※<sup>5</sup>
- ③ 社会保険の適用日の前日から起算して過去6か月間、社会保険の適用要件を満たしていなかった者であって、かつ支給対象事業主の事業所において過去2年以内に社会保険に加入していなかった者
- ④ 週所定労働時間の延長等を行った事業所の事業主、または取締役の3親等以内の親族※<sup>6</sup>以外の者
- ⑤ 支給申請日において離職※<sup>7</sup>していない者

※1 延長前6か月の週当たりの平均実労働時間（小数点以下切上）と延長後6か月の週所定労働時間（小数点第2位以下切上）を比較する。他、延長前後6か月の週所定労働時間の差、週当たりの平均実労働時間の差でいずれも規定する時間数を満たす場合も差し支えない。

※2

週所定労働時間の延長時間数	2時間以上3時間未満	3時間以上4時間未満	4時間以上5時間未満
別途必要となる基本給の増額率	15%以上	10%以上	5%以上

※3 複数年かけて行う取組においては、社会保険適用後の労働時間延長等の取組は除く。

※4 労働時間等延長等時に雇用契約書・労働条件通知書等に記載のある週所定労働時間または基本給と、第2期支給対象期間の週所定労働時間または基本給を比較する。

※5 同一の事業主に雇用される有期雇用労働者等に適用される就業規則等に、昇給、賞与若しくは退職金制度の実施が規定され、有期雇用労働者等に当該就業規則等が適用されていること。また、昇給、賞与若しくは退職金制度については、有期雇用労働者等に適用する制度として相当な水準の待遇を備えた制度であること。

※6 民法（明治29年法律第89号）第725条第1号に規定する血族のうち3親等以内の者、同条第2号に規定する配偶者および同条第3号に規定する姻族をいう。

※7 本人の都合による離職および天災その他やむを得ない理由のために事業の継続が困難となったこと、または本人の責めに帰すべき理由による解雇を除く。

## 対象となる事業主について

次の①から⑦までの**いずれにも**該当する事業主であること（⑧は2年の取組を行う場合の要件）。

①	新たに社会保険の被保険者とした対象労働者を、各支給対象期の期間以上継続して雇用し、当該労働者に対して同支給対象期分 <sup>※1</sup> の賃金を支給した事業主。
②	新たに社会保険の被保険者とした対象労働者について、基本給および定額で支給されている諸手当を次に掲げるそれぞれの場合に合理的な理由なく減額していない事業主 i) 1年目の取組を実施した場合は、週所定労働時間の延長等前後6か月とで比較する。 ii) 1年目の取組（複数年かけて週所定労働時間の延長等に取組む場合）を実施した場合は、週所定労働時間の延長等を行った最初の日前6か月と社会保険適用後6か月とで比較する。 iii) 2年目の取組を実施した場合は、週所定労働時間の延長等後6か月と第2期支給対象期の6か月とで比較する。
③	新たに社会保険の被保険者とした対象労働者について、社会保険の被保険者要件を満たすこととなった日以降の全ての期間、雇用保険および社会保険の被保険者として適用させている事業主
④	新たに社会保険の被保険者とした対象労働者について、週所定労働時間および社会保険加入状況を明確にした雇用契約書等を作成および交付している事業主
⑤	社会保険適用時処遇改善コースの併用メニュー（3期目）または労働時間延長メニューの対象労働者に限り、短時間労働者労働時間延長支援コースへ切り替えての申請を可能とするが、この切替えを行う場合は、当該対象労働者に係る併用メニュー（3期目）または労働時間延長メニューの支給申請が提出されていない事業主
⑥	雇用する有期雇用労働者等について、週所定労働時間を5時間以上延長または2時間以上5時間未満延長 <sup>※2</sup> するとともに基本給を増額した事業主 <sup>※3</sup>
⑦	社会保険の適用拡大、基本給の増額または労働時間の延長等によって、対象労働者が新たに社会保険の被保険者要件を満たし、当該者を新たに社会保険の被保険者とする場合であって、適用日の1か月前の日から起算して3か月が経過する日の前日までの間に、⑥の措置を講じた事業主 または上記⑥の措置を講じ、それによって、新たに社会保険の被保険者としての要件を満たした対象労働者を、その被保険者とした事業主
⑧	⑥の取組後、第2期支給対象期の開始日までに、対象労働者に対して、次のaからcまでのいずれかの措置を講じた事業者 a 週所定労働時間を2時間以上延長する <sup>※4</sup> 。 b 基本給を5%以上増額する <sup>※4</sup> 。 c 昇給、賞与もしくは退職金制度のいずれかの制度を新たに適用させる <sup>※5</sup> 。

※1 勤務をした日数が11日未満の月（以下「11日未満の月」という。）は除く。

※2 前ページの※1のとおり。

※3 前ページの※2のとおり。

※4 前ページの※4のとおり。

※5 前ページの※5のとおり。

# 支給申請に必要な書類等

①申請期間		主な確認事項
1 社会保険適用等の取組を行った日		・社会保険適用等の取組を行った日がキャリアアップ計画期間内か(※) ※旧「社会保険適用時処遇改善コース」の計画届を提出している場合は、 本コースの計画届・変更届の提出は必要ありません。
2 申請期間		・支給対象期間(※)分の賃金支払日翌日から2か月以内か ※・1年目または1年目(複数年かけて週所定労働時間の延長等)に取組む 場合)の取組を実施する場合…6か月(第1期支給対象期) ・2年目の取組を実施する場合…6か月(第2期支給対象期)
②申請書類		主な確認事項
1 キャリアアップ助成金支給申請書 (様式第3号)		・記入漏れがなく、記載事項が適切か
2 短時間労働者労働時間延長支援コース内訳 (様式第3号・別添様式6)		・記入漏れがなく、記載事項が適切か ・第2面または第3面が添付されているか
3 支給要件確認申立書 (共通要領様式第1号)		・記入漏れがなく、記載事項が適切か(問4～16について「いいえ」 がある場合、助成金の支給を受けることはできません)
4 支払方法・受取人住所届 ※未登録または振り込み口座変更の場合に限る		・記入漏れがなく、記載事項が適切か
③添付書類		主な確認事項
1 対象労働者の雇用契約書または労働条件 通知書等(写)  第1期申請の場合、社会保険の適用前後 に交付されていたもの(※1) 第2期申請の場合、第2期支給対象期に 交付されていたもの		・左記の各時点に交付されていた雇用契約書等が確認できるか ・契約内容、労働条件※2が確認できるか ※1 労働時間延長等の措置が確認できること。なお、1年目の取組(複数年 かけて週所定労働時間の延長等)に取組む場合)を実施した場合は、週所定労働 時間の延長等を行った最初の日前および社会保険適用後のもの ※2 社会保険への加入状況が確認でき、週所定労働時間が確認できること
2 対象労働者の賃金台帳等(写)  第1期申請の場合、社会保険適用または 週所定労働時間延長の前後6か月分※3  第2期の申請の場合、第2期支給対象期 の6か月分		・左記の期間分の賃金台帳等が確認できるか ・新たに社会保険の被保険者とした日以後、社会保険の被保険者として 加入していることが確認できるか ・労働時間延長等の措置が図られていることが確認できるか ・基本給および定額で支給されている諸手当を社会保険の適用前と比べて 減額していないことが確認できるか ・勤務状況(出勤状況および実労働時間数)が当該賃金台帳等から確認でき るか ※3 1年目の取組(複数年かけて週所定労働時間の延長等)に取組む場 合)を実施した場合は、週所定労働時間の延長等をした最初の日の前日から 6か月前の日までの賃金に係る分および社会保険に適用した日から6か月経過 する日までの賃金に係る分の賃金台帳等
※ 対象労働者の出勤簿またはタイムカード等 (写)		※2の賃金台帳等にて、出勤日数および労働時間数(時間外勤務の状況など 勤務状況の詳細)等が確認できない場合に限り、賃金台帳等と同様の期間に かかる分を提出
※ 対象労働者に昇給、賞与もしくは退職金制度 のいずれかの制度が適用される前後の就業規則 または労働協約又は賃金規定等。また、制度が 適用されたことが確認できる賃金台帳等		※2年目の取組で昇給、賞与もしくは退職金制度のいずれかの制度を新たに 適用した場合

## 代理人の場合

### 1 委任状

・委任状（原本）が添付されているか

## 常時雇用する労働者の数で小規模企業または中小企業であることを証明する場合

### 1 事業所確認票（様式第4号）

・小規模企業事業主または中小企業事業主であることが確認できるか

## 該当している場合

### 1 特定適用事業所該当通知書（写）

・交付を受けているか  
※公的年金制度の財政基盤および最低保証機能の強化等のための国民年金法等の一部を改正する法律附則第17条に規定する特定適用事業所に通知されるもの

### 2 任意特定適用事業所該当通知書（写）

・交付を受けているか  
※同法附則第17条第5項の申し出をした事業所に交付されるもの

※上記の他、労働局が必要と認める書類の提出を求めることがあります。主な確認事項以外にも確認事項がありますのでご注意ください。

# キャリアアップ計画書の記入方法

- ・把握した対象労働者と、その労働者の就業状況に合わせた申請コースを基に、**キャリアアップ計画書**を作成します。
- ・計画の作成に当たっては、**労働者から意見を聴取し、計画へ反映させましょう。**

提出日： 令和8年 4月 10日

〇〇労働局長 殿

## キャリアアップ助成金 《キャリアアップ計画書》

事業所名： 株式会社〇〇 △△支

計画の作成にあたっては、  
計画の対象となり得る**労働者**  
から意見を聴取してください。

使用者側代表者名： 〇〇 〇〇

労働組合等の労働者代表者名： □□ □□

労働組合等の労働者代表者は、当該適用事業所における非正規雇用労働者も含む全ての労働者の代表者である。(チェックボックスに要チェック)	はい <input checked="" type="checkbox"/>
労働者からの意見の聴取方法について、以下ア、イ、ウのうちいずれかのチェックボックスにチェックを入れてください。 なお、ウを選択した場合は、括弧内にその聴取方法について記載してください。 ア：社内掲示板、メール等の文書で周知し、意見を集約。 イ：朝礼、説明会等の場で直接労働者に説明し、意見を集約。 ウ：その他 ( )	ア <input checked="" type="checkbox"/> イ <input type="checkbox"/> ウ <input type="checkbox"/>

注) 本助成金の支給要件は、本計画書提出時点ではなく正社員化等の各取組時点における支給要件により支給の可否が決定されますので、ご注意ください。

また、キャリアアップ計画期間開始日の前日までに本計画を提出する必要があります。

なお、キャリアアップ計画書を提出する場合、様式第1号の表紙及び共通部分並びに計画(全コース共通部分及び該当するコース別)を併せて提出してください。

### ※管轄労働局確認欄

受付日： 年 月 日 確認日： 年 月 日

受付番号：

確認印：



**事業所**に関する情報と、キャリアアップ計画の取組を推進する「**キャリアアップ管理者**」について、選任・記入してください。

(様式第1号(共通))(R8.4)

**【 共 通 事 項 】**

(事業所情報欄)

① 事業主名	株式会社〇〇												
② 事業所所在地	(〒 XXX - XXX ) 〇〇県△△市1-1-1												
③ 電話番号	〇〇〇 ( 〇〇〇 ) 〇〇〇						④事業所の担当者	△△ △△					
⑤雇用保険適用事業所番号	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇	〇	〇	〇	〇	-	〇
⑥労働保険番号	都道府県	所掌	管轄	基幹番号						枝番号			
	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	〇	-	〇	〇
⑦主たる事業	〇〇業(××××の△△)						⑧企業規模(人数)	××人					

キャリアアップ管理者と同じ方でも差し支えありません。

(代理人・社会保険労務士による提出代行者又は事務代理者欄)

⑨代理・代行	1 代理人	2 提出代行者
⑩代理人等氏名		
⑪所在地	(〒 - )	
⑫電話番号	( )	

日本標準産業分類をご参考に、主たる事業を記入してください。

企業(法人)全体の労働者数(通常の労働者とおおむね同等の時間働く労働者数)を記入してください。

(キャリアアップ管理者欄)

⑬キャリアアップ管理者情報 ※ 複数の事業所における兼任及び労働者代表との兼任はできません。 ※ 提出日以前に配置されていることが必要です。 ※ 当てはまる全てのチェックボックスにチェックをつけて下さい。	(氏名): △△ △△
	(配置日): 令和8年4月1日
	<input type="checkbox"/> 事業主又は役員である <input checked="" type="checkbox"/> 事業主又は役員ではない
	(職務内容) <input checked="" type="checkbox"/> キャリアアップのため <input checked="" type="checkbox"/> キャリアアップ計画の身 <input checked="" type="checkbox"/> 職業能力等の向上のため <input checked="" type="checkbox"/> 仕事内容や処遇等について <input type="checkbox"/> その他 ( )

キャリアアップ管理者は、以下①～③を満たす者であることが要件となっています。  
① 事業所(雇用保険適用事業所)の労働者、事業主または役員のいずれかの者  
② 他の事業所で既にキャリアアップ管理者となっていない者  
③ 労働組合等の労働者代表者ではない者

○ 「**計画期間**」と「**講じる措置**（検討中の助成対象コースと取組開始予定時期）」を記入してください。

(様式第1号(計画(全コース共通)))(R8.4)

【キャリアアップ計画】

キャリアアップ計画の取組を講じる期間を「**3年以上5年以内**」の期間で設定してください。  
 なお、**計画期間の始期はキャリアアップ計画の届出日の翌日以降**としてください。

① キャリアアップ計画期間 ※計画期間(3年~5年) ※計画期間の開始日は届出日の翌日以降	令和8年7月11日	令和12年6月30日
② キャリアアップ計画期間中に講ずる措置の項目 ※1 講ずる措置の該当するコースの番号全てに「○」をつけて下さい。 ※2 正社員化コース、障害者正社員化コースについては、()内の該当する転換後の雇用形態を「○」	<p>1 正社員化コース (令和8年10月頃実施予定)                  ( <u>正規雇用</u> ・ 勤務地限定正社員 ・ 職務限定正社員 ・ 短時間正社員 )</p> <p>2 障害者正社員化コース ( )                  ( 正規雇用等 ・ 勤務地限定正社員 ・ 職務限定正社員 )</p> <p>3 賃金規定等改定コース ( 年 月頃実施予定)</p> <p>4 賃金規定等共通化コース ( 年 月頃実施予定)</p> <p>5 賞与・退職金制度導入コース ( 年 月頃実施予定)</p> <p>6 短時間労働者労働時間延長支援コース (令和8年7月頃実施予定)</p>	

取組を開始する予定の年月を記入してください。

取り組む予定のあるコース、メニュー等に丸を付してください。  
 丸を付していなかったコースについては、助成金を受けることはできません(変更届を提出することで、コースの追記が可能です。)  
 ※丸を付したコースの取組を行えなかった場合でも、特段の罰則等はありません。

正社員化コースの正規雇用等には「無期雇用労働者」を含みます。  
 労働者労働時間延長支援コースについては、既に「社会保険適用時処遇改善労働者労働時間延長支援コース」の要件を満たす場合があります。過去に「社会保険適用労働者労働時間延長支援コース」の計画届(又は変更届)の提出は必要ありません。

※ 詳しくはパンフレット「キャリアアップ助成金のご案内」をご参照ください。

以後、**コース別の計画**が続きますので、上記で**丸を付したコース**の計画について、該当する項目へ☑、対象者人数等を記入して添付してください。  
 (上記で丸を付していないコースについては、作成、添付不要です。)

○ 対象労働者の意向や労働時間の延長ができる時期等に応じて、**該当項目にチェック**し、対象予定人数、講じる措置の内容を記入してください。

(様式第1号(計画(その6))) (R8.4)

「6 短時間労働者労働時間延長支援コース」

対象者の意向や事業所の雇用管理状況を踏まえ、**計画作成時点の見込み人数**を記載してください。  
(人数が増減しても変更届は不要です)  
(見込みがない年度については、「0名程度」と記載ください。)

<p>③対象者</p>	<p>短時間労働者(※ 短時間正社員を除く)</p>
<p>④目標</p> <p>※ ( ) に数字を記入して下さい。計画作成時点の見込み人数で差し支えございません。</p> <p>※同一対象者の重複計上はしないようご注意ください。</p>	<p>所定労働時間延長等の措置を講じ、社会保険加入による処遇の改善を図る</p> <p>&lt;令和8年度に( )名程度&gt; &lt;令和9年度に( )名程度&gt;</p> <p>&lt;令和10年度以降に( )名程度&gt;</p>
<p>取組内容を確認の上、当てはまるものを<b>全て</b>選択してください。</p> <p>※当てはまる全てのチェックボックスにチェックをつけてください。</p> <p>計画作成時点で実施を検討している措置を<b>全て</b>選択してください。</p> <p>2年目以降の取組が未定の場合は、<b>計画作成時点の予定</b>で選択してください。</p>	<p><b>共通</b></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 対象者の働き方の希望を把握し、仕事内容や処遇等について話し合う面談の実施</p> <p><input type="checkbox"/> 社会保険制度の概要や加入のメリット及び本助成措置について、対象者に説明</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 労働条件の変更時には、雇用契約書や労働条件通知書にて変更内容を通知</p> <p><input type="checkbox"/> その他( )</p> <p><b>労働時間の延長</b></p> <p>&lt;1年目の取組&gt;</p> <p><input type="checkbox"/> 労働時間の延長(5時間以上)</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 労働時間の延長(4時間以上)及び基本給の増額(5%以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 労働時間の延長(3時間以上)及び基本給の増額(10%以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 労働時間の延長(2時間以上)及び基本給の増額(15%以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 複数年かけての上記の取組の実施</p> <p>&lt;2年目の取組&gt;</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 労働時間の延長(2時間以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 基本給の増額(5%以上)</p> <p><input type="checkbox"/> 昇給、賞与、退職金制度の適用</p>

支給申請時点における企業に関する内容（企業規模、常時雇用する労働者数等）を記入してください。

キャリアアップ助成金支給申請書

申請日： 令和 8 年 7 月 10 日

東京 労働局長 殿

社会保険労務士以外の方が代理人等の場合、身分を確認させていただく場合がありますので、身分証明書をお持ちください。

事業主  
用保険適用事業所の情報を記載してください。

〒 100 - 8916  
所在地 東京都千代田区霞が関1-2-2  
名称 株式会社 厚生労働 ○○支店  
氏名 代表取締役 厚労太郎

〒 事業主氏名を記載してください。

代理人または事務代理者・提出代行者

※代理人等の場合は以下から選択してください  
【代理人・事務代理者・提出代行者】

所在地  
名称  
氏名  
TEL ( )

標記について、次のとおり申請します。

① 雇用保険適用事業所番号	1	2	3	4	-	5	6	7	8	9	0	-	1
② 労働保険番号	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1		
③ キャリアアップ計画書の受理番号													
④ 申請に関する当該事業所の担当者	所属： 人事部							電話番号： 03-5253-XXXXX					
	氏名： 厚労 花子												
⑤ 企業の名称	株式会社 厚生労働												
⑥ 企業の主たる事業	小売業												
⑦ 企業規模（判断基準は裏面参照）	<input checked="" type="radio"/> 中小企業						<input type="radio"/> 大企業						
	<input type="radio"/> 小規模企業（短時間労働者労働時間延長支援コースの申請かつ、裏面の基準に該当する場合のみ）												
⑧ 企業の資本の額または出資の総額	1,000万円												
⑨ 企業全体の常時雇用する労働者の数	45人												
⑩ 支給申請コース （該当する番号を○で囲む）	1 正社員化					2 障害者正社員化							
	3 賃金規定等改定					4 賃金規定等共通化							
⑪（今回の支給申請に係る対象労働者について） 国または地方公共団体の助成金・奨励金・補助金等の支給申請・受給の有無（予定がある場合も含む）	5 賞与・退職金制度導入					<input checked="" type="radio"/> 6 短時間労働者労働時間延長支援							
	<input checked="" type="radio"/> 有（名称： 特定求職者雇用開発助成金） <input type="radio"/> 無												

※労働局処理欄には記入しないでください。

助成金の種類によっては併給が出来ない場合もありますので、ご注意ください。

労働局処理欄	支給内訳	1 正社員化コース		円	4 賃金規定等共通化コース		円	
		3 賃金規定等改定コース		円	6 短時間労働者労働時間延長支援コース		円	
		5 賞与・退職金制度導入コース		円				
	決 裁 欄 等							
		局長	部長	課長	課長補佐	担当官	係長	担当
		支給決定額						
	受理年月日							年 月 日
	起案年月日							年 月 日
	支給（不支給）決定年月日							年 月 日
	支給決定番号							第 号
	通知書発送年月日							年 月 日
	所長	次長	統括	専門官	上席	職業指導官	担当	

○ コースの詳細（対象労働者の詳細、支給申請額等）を記入してください。  
 ※必要に応じ、第1面、第2面、第3面を作成してください。

6 短時間労働者労働時間延長支援コース内訳

第1面

	事業所、任意特定適用事業所のいずれかに該当する場合は該当する内容にチェックを、いずれにも該当しないれでもなににチェックをしてください。（※第4面「記入上の注意」1参照）	<input checked="" type="radio"/> 特定適用事業所 <input type="radio"/> 任意特定適用事業所 <input type="radio"/> いずれでもない
②	対象労働者は、本来、社会保険の加入要件を満たす条件で雇い入れる予定であったにもかかわらず、本助成金を申請する目的で、賃金又は週所定労働時間を一定期間減じた者ではない。 （複数Eかけて社会保険の加入要件を満たす取組を行う場合は、最初に所定労働時間の延長等を行った時と比べて、賃金又は週所定労働時間を一定期間減じた者ではない） （対象労働者が、社会保険の加入後2年目の取組を行う場合は、所定労働時間の延長等を行った時と比べて、賃金又は週所定労働時間を一定期間減じた者ではない）	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
③	対象労働者は、新たに社会保険の被保険者となる以前に、既に社会保険の被保険者要件を満たしていた者ではない。（社会保険被保険者としての資格取得に関する事務手続に遅滞があった訳ではない。）	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
④	対象労働者は、新たに社会保険の被保険者となる日の前日から起算して2年前の日（当該日時点で雇用していない場合は雇い入れた日）から、社会保険に加入していなかった者である。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑤	対象労働者が、本申請事業主又は取締役の3親等以内の親族に含まれるかどうか。 （含まれる場合は、該当する対象労働者について、⑨欄「3親等以内親族」の列に「○」を記入してください。）	<input checked="" type="radio"/> 含まれない <input type="radio"/> 含まれる
⑥	対象労働者に対して、社会保険適用に際して講じる措置（労使合意に基づく労働時間の延長等の措置）について、説明している。	<input checked="" type="radio"/> はい <input type="radio"/> いいえ
⑦	（社会保険適用時処遇改善コース（併用メニュー（3期目）又は労働時間延長メニュー）から切替えての申請の場合のみ回答） 今回申請を行う1年目の取組を行った対象労働者のいずれかに対して、2年目の取組（週所定労働時間の2時間以上延長、基本給の5%増額、昇給・賞与・退職金制度のいずれかの制度の適用）を予定しているか。	<input type="radio"/> はい <input checked="" type="radio"/> いいえ

⑧ 支給申請額 該当する申請内容の項目に、対象労働者数を入力し、企業規模を選択してください。

以下の対象労働者（第1期）の詳細については、第2面に記載してください。

<1年目の取組として週所定労働時間の延長等の取組を行った労働者>  
 （複数年かけて所定労働時間の延長等を行い社会保険の被保険者とした場合を含む）

<1. 週所定労働時間を5時間以上延長した労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額 (A)
3人	<input checked="" type="radio"/> 小規模企業 50万円 <input type="radio"/> 中小企業 (小規模企業を除く) 40万円 <input type="radio"/> 大企業 30万円	1,500,000円

<2. 週所定労働時間を4時間以上5時間未満延長した労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額 (B)
1人	<input checked="" type="radio"/> 小規模企業 50万円 <input type="radio"/> 中小企業 (小規模企業を除く) 40万円 <input type="radio"/> 大企業 30万円	500,000円

対象労働者について、支給対象期ごとに人数を記入してください。

<3. 週所定労働時間を3時間以上4時間未満延長した労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額 (C)
1人	<input checked="" type="radio"/> 小規模企業 50万円 <input type="radio"/> 中小企業 (小規模企業を除く) 40万円 <input type="radio"/> 大企業 30万円	500,000円

<4. 週所定労働時間を2時間以上3時間未満延長した労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額 (D)
	<input type="radio"/> 小規模企業 50万円 <input type="radio"/> 中小企業 (小規模企業を除く) 40万円 <input type="radio"/> 大企業 30万円	

以下の対象労働者（第2期）の詳細については、第3面に記載してください。

<週所定労働時間の延長等を行った日以降の1年間で、週所定労働時間を延長、基本給5%以上の増額、昇給・賞与・退職金制度のいずれかの制度の適用を新たに受けることとなった労働者>

<1. 週所定労働時間を2時間以上延長した労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額 (E)
1人	<input checked="" type="radio"/> 小規模企業 25万円 <input type="radio"/> 中小企業 (小規模企業を除く) 20万円 <input type="radio"/> 大企業 15万円	250,000円

<2. 基本給5%以上の増額を受けた労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額 (F)
3人	<input checked="" type="radio"/> 小規模企業 25万円 <input type="radio"/> 中小企業 (小規模企業を除く) 20万円 <input type="radio"/> 大企業 15万円	750,000円

2年目の取組の申請の場合は記入してください。

<3. 昇給・賞与・退職金制度のいずれかの制度の適用を受けることとなった労働者>

対象労働者	支給単価	支給申請額 (G)
1人	<input checked="" type="radio"/> 小規模企業 25万円 <input type="radio"/> 中小企業 (小規模企業を除く) 20万円 <input type="radio"/> 大企業 15万円	250,000円

支給申請合計額 (A) + (B) + (C) + (D) + (E) + (F) + (G) =

3,750,000円

社会保険適用時処遇改善コースから切替えを行う場合は、「○」を選択してください。

第1期支給申請

週所定労働時間を延長した日  
令和 8 年 5 月 1 日

本申請の支給対象者  
支給した日(第4期)を  
令和 8 年 11 月 10 日

⑨	番号	氏名	雇用保険被保険者番号	a 延長前 平均実労働 時間	b 延長後 所定労働時 間	c 延長時間 数 (b-a)	【cが5時間未満の場合のみ記入】			労働時間延長メニュー又は併用メニューから切り替えての申請有無	複数年かけて社会保険に加入した者の有無	3親等以内親族
							d 延長前の基本給	e 延長後の基本給	f 昇給率 ((e-d)/d)			
	1	北海 花子	1234-567890-1	18 時間	24 時間	6 時間	円	円	%		○	
	2	青森 太郎	2345-678901-2	18 時間	28 時間	10 時間	円	円	%			
	3	岩手 花子	3456-789012-3	18 時間	22 時間	4 時間	円	円	5.8 %			
	4	宮城 太郎	4567-890123-4	18 時間	30 時間	12 時間	円	円	%	○		
	5	秋田 花子	5678-901234-5	18 時間	21 時間	3 時間	1,040 円	1,150 円	10.5 %			
	6			時間	時間	時間	円	円	%			
	7			時間	時間	時間	円	円	%			
	8			時間	時間	時間	円	円	%			
	9			時間	時間	時間	円	円	%			
	10			時間	時間	時間	円	円	%			
	11			時間	時間	時間	円	円	%			
	12			時間	時間	時間	円	円	%			
	13			時間	時間	時間	円	円	%			
	14			時間	時間	時間	円	円	%			
	15			時間	時間	時間	円	円	%			
	16			時間	時間	時間	円	円	%			
	17			時間	時間	時間	円	円	%			
	18			時間	時間	時間	円	円	%			
	19			時間	時間	時間	円	円	%			
	20			時間	時間	時間	円	円	%			
	21			時間	時間	時間	円	円	%			
	22			時間	時間	時間	円	円	%			
	23			時間	時間	時間	円	円	%			
	24			時間	時間	時間	円	円	%			
	25			時間	時間	時間	円	円	%			

端数が生じた場合は、小数点第2位以下を切り上げてください。

端数が生じた場合は、小数点以下を切り上げてください。

複数年かけて週所定労働時間の延長等を行う場合は、「○」を選択してください。

対象労働者

2年目の取り組みにおいて、昇給、賞与もしくは退職金制度のいずれかの制度を適用した場合は「○」を選択してください。

第2期支給申請

週所定労働時間を2時間以上延長した日、基本給を5%以上増額した、昇給・賞与・退職金制度のいずれかを適用した日

支給対象期分の賃金を日（第4面ご参照）

令和 8年 12月 1日

令和 11月 10日

⑨	番号	氏名	雇用保険被保険者番号	1 週所定労働時間を2時間以上延長した場合に記入			2 基本給を5%以上増額した場合に記入			3 昇給・賞与・退職金制度の適用の有無
				a 延長前所定労働時間	b 延長後所定労働時間	c 延長時間数 (b-a)	d 延長前の基本給	e 延長後の基本給	f 昇給率 ((e-d)/d)	
	1	北海 花子	1234-567890-1	24 時間	26 時間	2 時間	円	円	%	
	2	青森 太郎	2345-678901-2	時間	時間	時間	1,020 円	1,080 円	5.8 %	
	3	岩手 花子	3456-789012-3	時間	時間	時間	1,090 円	1,150 円	5.5 %	
	4	宮城 太郎	4567-890123-4	時間	時間	時間	1,020 円	1,080 円	5.8 %	
	5	秋田 花子	5678-901234-5	時間	時間	時間	円	円	%	○
	6			時間	時間	時間	円	円	%	
	7			時間	時間	時間	円	円	%	
	8			時間	時間	時間	円	円	%	
	9			時間	時間	時間	円	円	%	
	10			時間	時間	時間	円	円	%	
	11			時間	時間	時間	円	円	%	
	12			時間	時間	時間	円	円	%	
	13			時間	時間	時間	円	円	%	
	14			時間	時間	時間	円	円	%	
	15			時間	時間	時間	円	円	%	
	16			時間	時間	時間	円	円	%	
	17			時間	時間	時間	円	円	%	
	18			時間	時間	時間	円	円	%	
	19			時間	時間	時間	円	円	%	
	20			時間	時間	時間	円	円	%	
	21			時間	時間	時間	円	円	%	
	22			時間	時間	時間	円	円	%	
	23			時間	時間	時間	円	円	%	
	24			時間	時間	時間	円	円	%	
	25			時間	時間	時間	円	円	%	

対象労働者

(Excel様式では関数計算) 小数点第2位を切り捨ててください。 5.882%→5.8%

# キャリアアップ助成金を受給するに当たって

## 対象となる事業主（全コース共通）

次のすべてに該当する事業主が対象です。

①	雇用保険適用事業所の事業主
②	雇用保険適用事業所ごとに、キャリアアップ管理者を置いている事業主 ※キャリアアップ管理者は、複数の事業所および労働者代表との兼任はできません。
③	雇用保険適用事業所ごとに、対象労働者に係るキャリアアップ計画を作成し、管轄労働局長に提出した事業主
④	実施するコースの対象労働者の労働条件、勤務状況および賃金の支払い状況等を明らかにする書類を整備し、賃金の算出方法を明らかにすることができる事業主
⑤	キャリアアップ計画期間内にキャリアアップに取り組んだ事業主 (支給申請時点で各コースに定めるすべての支給要件を満たしている事業主)

- この助成金という事業主には、民間の事業者のほか、民法上の公益法人、特定非営利活動促進法上の特定非営利活動法人（いわゆるNPO法人）、医療法上の医療法人、社会福祉法上の社会福祉法人なども含まれます。
- なお、各コースの支給対象事業主の要件は、それぞれのコースのページをご覧ください。

**✖ ただし、次のいずれかに該当する事業主は、この助成金を受給できません。**

①	支給申請した年度の前年度より前のいずれかの保険年度の労働保険料を納入していない事業主 (支給申請後、滞納していることの通知はしませんので、ご確認の上で申請してください。)
②	支給申請日の前日から過去1年間に、労働関係法令の違反を行った事業主
③	性風俗関連営業、接待を伴う飲食等営業またはこれらの営業の一部を受託する営業を行う事業主
④	暴力団と関わりのある事業主
⑤	暴力主義的破壊活動を行った、または行う恐れがある団体等に属している事業主
⑥	支給申請日、または支給決定日の時点で倒産している事業主
⑦	支給申請時または支給決定時に、雇用保険適用事業所の事業主でない*事業主

※ 雇用保険被保険者数が0人の場合や事業所が廃止されている場合（吸収合併等による統廃合や雇用保険の非該当承認を受けている場合を含む）等を指します。

## 小規模企業事業主・中小企業事業主の範囲

助成金の額については、企業の規模によって異なりますが、資本金等のない事業主については、常時雇用する労働者の数により判定します。（いずれも支給申請時点における額・人数）

■ **小規模企業事業主の範囲** ※短時間労働者労働時間延長支援コースのみ確認が必要です。

常時雇用する労働者の数が30人を常態として超えない事業主

■ **中小企業事業主（小規模企業事業主を除く）の範囲**

資本金の額・出資の総額		また は	常時雇用する労働者の数（※）
小売業（飲食店を含む）	5,000万円以下		50人以下
サービス業	5,000万円以下	100人以下	
卸売業	1億円以下	100人以下	
その他の業種	3億円以下	300人以下	

<常時雇用する労働者>

2か月を超えて使用される者（※1）であり、かつ、過当たりの所定労働時間が当該事業主に雇用される通常の労働者と概ね同等（※2）である者をいいます。

※1 実態として2か月を超えて使用されている者のほか、それ以外の者であっても、雇用期間の定めのない者および2か月を超える雇用期間の定めのある者を含む。

※2 現に当該事業主に雇用される通常の過当たりの所定労働時間が40時間である場合は、概ね40時間である者をいう。

## 最初に行う手続き

キャリアアップ計画書を作成したら、事業所の所在地を管轄する労働局またはハローワークに提出してください。（窓口、郵送、オンラインいずれも可）

- ◆ 2023(令和5)年12月18日から、キャリアアップ計画および変更届の電子申請受付を開始しました。

※電子申請で支給申請を行うには事前に電子申請によるキャリアアップ計画書の提出が必要です。

- ◆ 電子申請の場合は、「雇用関係助成金ポータル」から申請を行ってください。

雇用関係助成金ポータル

検索

なお、電子申請には「GビズID」の申請・取得が必要です。

### GビズIDとは？

1つのID・パスワードで様々な行政サービスにログインできるサービスです。初めての電子申請の場合は、お早めにGビズIDの申請・取得をお願いします。

- ◆ 郵送の場合は、郵送事故防止のため、配達記録や簡易書留など、必ず記録が残る方法で郵送してください。なお、**提出期限※までに提出先の官署へ届いている必要があります**のでご注意ください。

※ キャリアアップ計画書の場合は、取組を開始する前日まで。  
支給申請書の場合は、取組開始後6か月分の賃金を支給した日の翌日から2か月が経過する日まで。  
持参の場合は、開庁時間内の受付に限ります。

- ◆ 書類に不備がある場合は受理できませんので、期限までにゆとりを持った、お早めの提出をお願いします。

本コースに関する「申請様式」や、事業主の皆さまからよくある質問（「Q&A」形式）について掲載していますので、手続きや要件等の詳細については、以下厚生労働省ウェブサイト「キャリアアップ助成金」をご覧ください。



## お問い合わせ先

- ◆ 詳しくは、管轄の都道府県労働局またはハローワークへお問い合わせください。  
お問い合わせ先は、厚生労働省ホームページをご確認ください。
- ◆ 各都道府県の働き方改革推進支援センターでも助成金に関する相談を受け付けています。
- ◆ 以下の「年収の壁突破・総合相談窓口」（コールセンター）でもご相談いただけます。

### 年収の壁突破・総合相談窓口



0120-030-045

（フリーダイヤル・無料）

受付時間 平日 8:30～18:15

（土日・祝日・年末年始（12/29～1/3）はご利用できません。）

**年収の壁**への対応にキャリアアップ助成金をご活用ください。